Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 czerwca 1883. № 23. Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

VIII.

Dzieciobójstwo lub śmierć noworodka z powodu zaniechanéj pomocy.

D. 17 kwietnia znaleziono w szpichlerzyku pod podłogą ciało dziecięcia płci żeńskiéj obwinięte w szmaty; matka dziecięcia tego Feska F. podała, że d. 7 kwietnia późnym wieczorem poczuła silne bóle w krzyżach, że zaledwie zdołała zajść do szpichlerzyka, a tu zrobiło się jéj tak słabo, że ściany trzymać się musiała, a gdy bóle się wzmogły, uklękła a rękami chwyciła się skrzyni tamże stojącéj; gdy dziecko wychodzić zaczęło, Feska chcąc sobie dopomódz chwyciła je za główkę i wyciągnęła kadłub, przyczém prawdopodobnie pępowina się przerwała; dziecię upadło na podłogę i zakrzyczało; Feska zdjąwszy ze siebie zapaskę, zawinęła w nią dziecko, które wtedy wydawało głos, jakby płakało; sama zemdlała i straciła przytomność, a gdy ją odzyskała, dziecię już nie żyło.

S e k c y j a wykonana d. 18 kwietnia przez Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: Ciało dziecięcia płci żeńskiéj 50cm. długie o p r a w i d ł o w y c h r o z m i a r a c h c z a s z k i i k l a t k i p i e r s i o w é j wykazuje: 1) Skóra głowy pokryta włosem dość gęstym, barwy ciemnoblond, długości 1cm. 2) Odpowiednio szczytowi czaszki, jako też części górnéj potylicznéj wykazuje przekrój poprzeczny skóry m o c n e p r z e k r w i e n i e t y c h ż e c z ę ś c i. 3) Gałki oczne zapadłe, n i e b i e s k a w o zabarwione. 4) Na powłokach brzusznych l e k k i e ś l a d y z g n i l i z n y; pępowina $4\frac{1}{2}$cm. długa przedstawia na końcu nierówną, poprzecznie p r z e r w a n ą płaszczyznę. 5) Na skórze plec, jakoteż odnóg dolnych r o z l e g ł e ś l a d y w y b i t n é j z g n i l i z n y. 6) Z odbytnicy wydziela się smołka w znacznéj ilości.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e: *a)* Kości czaszki nienaruszone; odpowiednio szwowi strzałkowemu, tudzież na p o ł ą c z e n i u kości bocznych z kością potyliczną spostrzegamy w y b i t n e p r z e k r w i e n i e na powierzchni okostnéj powyższego układu kostnego. *b)* Opony mózgowe w miejscu powyższém układu kostnego mocno przekrwione, jako też i mózg w półkulach swych dużych na rozlicznych przekrojach w y n a c z y n i e n i a n a c z y ń w ł o s k o w a t y c h, zresztą m i ą ż s z m ó z g u n i e c o b l a d y, spoistości rzadkiéj. *c)* W jamie ust nieco ś l u z u p r a w i d ł o w e g o. Klatka piersiowa wypełniona zupełnie płucami, które wyjęte wraz ze sercem pływają na powierzchni wody. Miąższ płuc b l a d y, w sercu bardzo mało krwi nie skrzepłéj. *d)* Wątroba, jelita, śledziona b l a d e, n i e d o k r e w n e, pęcherz moczowy próżny, nerki to samo o p o w i e r z c h n i b l a d a w é j.

Otóż dosłownie podany protokół sekcyjny, na podstawie którego pp. obducenci następujące wydali o r z e c z e n i e:

Na podstawie oględzin jakotéż w y m i a r ó w pośmiertnych orzekamy, że płód przyszedł na świat zupełnie donoszony, żyjąc życiem zewnętrznem, jakto badanie płuc wykazało.

Bezpośrednią przyczyną śmierci jest udar mózgowy, wywołany miejscowém przekrwieniem, które p o w s t a ć m o g ł o t y l k o w skutek zewnętrznego urazu, jakoto przez upadnięcie w kierunku pionowym ku podstawie stałéj i twardéj z nieznacznéj wysokości, albo przez dość słabe uderzenie o przedmiot twardy i szeroki, jak np. o podłogę. Ponieważ nie znaleźliśmy złamania czaszki, przeto przyjąć musimy, że upadnięcie domniemane nastąpiło z nieznacznéj wysokości, a t o n a j w y ż é j $\frac{1}{2}$ m e t r o w é j, a względnie że uderzenie nie było zbyt silne; z dwóch możebności wspomnionych żadnéj wykluczyć nie możemy, gdyż obie mogą mieć równe uzasadnienie.

Zważywszy wreszcie miejsce przekrwienia opon mózgowych tudzież w y b i t n ą n i e d o k r e w n o ś ć innych

narządów zewnętrznych orzekamy, że przerwanie pępowiny nastąpiło prawdopodobnie po doznanym urazie zewnętrznym, po którym jednak dziecko jeszcze przez kilka minut żyć musiało, ile że w razie natychmiastowéj śmierci upływ krwi przez naczynia pępowinowe byłby niemożliwy. Jednak i téj możności wykluczyć nie możemy, że naprzód pępina przerwaną została, poczém nastąpił bezzwłocznie uraz zewnętrzny, po którym jednak także przez jakiś czas dziecko oddechało.

Nakoniec dodajemy, że uderzenie, będące bezpośrednią przyczyną śmierci, było bezwzględnie śmiertelne, niepodwiązanie zaś pępowiny może wywołać upływ krwi a zatém śmierć dziecięcia, ale nie zawsze, bo czasém krew sama się zatamuje.

Na wniosek Prokuratoryi rządowéj Sąd zażądał orzeczenia jeszcze od dwóch innych znawców, Drów C. i D., a zdanie ich opiewało jak następuje:

Śmierć dziecka nastąpiła w skutek udaru mózgowego, który powstał w skutek urazu zewnętrznego. Urazem takim, jak to już pierwsi znawcy podali, mogło być albo upadnięcie albo uderzenie. Upadnięcie, któreby wywołało udar mózgowy, musiałoby być z wysoka. Wypadnięcie zaś rodzącego się dziecka z części rodnych, gdy osoba rodząca klęczy i gdy główka już z pochwy się wytoczyła, nie może wywołać tych skutków, jakie na dziecku znaleziono, albowiem tak mała jest przestrzeń między ziemią a szczytem główki wytoczonéj, że o silniejszém uderzeniu mowy być nie może.

Dodajemy, że w razie uderzenia się dziecka w główkę przy porodzie znaki uderzenia powinny być widoczne od strony czoła lub twarzy, albowiem przy porodzie zwykłym prawidłowym, jakim z pewnością ten był, rodzi się dziecię potylicą ku przodowi matki, a siła wypierająca macicy popycha dziecko także naprzód, z czego wynika, że potylica najmniéj jest narażoną na uderzenie, jeżeli rodząca klęczy przy porodzie.

Z tych przyczyn zeznanie podsądnéj uważamy jako zupełnie niewiarogodne, a przyczynę uszkodzenia w ten sposób powstałą wykluczamy zupełnie.

Za uderzeniem umyślném w głowę dziecka przemawia ta okoliczność, która przyczyniła się do wykluczenia poprzedniego, to jest że ślady uderzenia były po stronie potylicy.

Że poród odbył się prawidłowo, to jest twarzą ku tyłowi a potylicą ku przodowi matki, świadczy ta okoliczność, że poród był lekki, podczas gdy porody takie, gdzie dziecko rodzi aię twarzą ku przodowi matki, należą zazwyczaj do najcięższych główkowych i wymagają często zabiegów operacyjnych.

Na podstawie tych orzeczeń Prokuratoryja oskarżyła Feskę F. o dzieciobójstwo, a przy rozprawie głównéj, odbytéj w d. 20 lipca przed trybunałem przysięgłych, znawcy Drowie C. i D. powtórzyli orzeczenia swe właśnie podane. Obrońca atoli ze względu na sprzeczność, zachodzącą pomiędzy orzeczeniem tém a zdaniem obducentów, wniósł odesłanie akt do Wydziału lekarskiego, na co trybunał się zgodził odraczając rozprawę.

Sąd żądał od Wydziału odpowiedzi na następujące pytania:

1. Co było bezpośrednią przyczyną śmierci dziecka nieślubnego nowonarodzonego Feski F.?

2. Czy uszkodzenie głowy noworodka opisane w okazie sekcyi zwłok mogło powstać:

a) tak przez uderzenie o przedmiot twardy i szeroki,

b) jak i przez upadnięcie w kierunku pionowym ku podstawie stałéj i twardéj z nieznacznéj wysokości?

3. Który z tych wypadków w danym razie prawdopodobniejszy?

4. Na wypadek potwierdzenia, że uszkodzenie mogło powstać przez upadnięcie noworodka głową o podłogę, upraszamy o opiniję, z jakiéj wysokości co najmniéj upadnięcie musiałoby było nastąpić?

5. Czyli możebném jest, aby dziecię ucierpiało to uszkodzenie przez wypadnięcie na podłogę, jeżeli się przyjmie, że matka dziecięcia podczas porodu na obu kolanach klęczała i to dziecię rękami z macicy wyciągnąwszy na podłogę opuściła?

Na pytania te Wydział odpowiedział jak następuje:

1) Protokół sekcyi, wykonanéj na dziecięciu obwinionéj w d. 18 kwietnia r. b., sporządzony został powierzchownie, z pominięciem przepisów zawartych w §§. 117, 118, 125, 128, 129—133 rozporządzenia z d. 28 stycznia 1855 r.

2) Z protokółu tego wynika tylko z pewnością, że dziecko Feski F. było donoszoném, a z przyznania obwinionéj wypływa, że urodziło się żywém.

3) Żadną miarą atoli z protokółu sekcyi nie wynika, że dziecko umarło w skutek obrażenia głowy, albowiem

a) podczas gdy tak pierwsi jako i ostatni znawcy przypuszczają udar mózgowy jako przyczynę śmierci, w protokole sekcyi nie masz o nim wzmianki, a podczas gdy pp. obducenci udar ten rzekomy wywodzą z przekrwienia, w protokóle opisują mózg jako nieco blady, a więc raczéj jako niedokrewny;

b) przekrwienie ograniczone okostny i opon mózgowych w okolicy ciemiączka małego może być albo opadowe a więc pośmiertne, albo powstałe śród porodu;

c) w protokóle sekcyjnym niema nigdzie wzmianki o zewnętrznych śladach obrażenia główki a pp. obducenci nadto zapewniają, że zlamania kości czaszkowych nie znaleźli; dla tego trudno pojąć, na jakiéj podstawie drudzy znawcy twierdzą, że były ślady uderzenia po stronie potylicy.

4) Z tych powodów pozbawione są podstawy wszelkie przypuszczenia co do uderzenia, którego dziecko doznać miało po urodzeniu się, i sposobów, w jakie uderzenie to miało powstać, a tém samém Wydział lekarski nie widzi się w możności udzielania odpowiedzi na pytania Świetnego Sądu 2)—5).

5) Uwzględniając:

a) brak wszelkich innych zmian śmierć dziecięcia tłumaczyć mogących;

b) niedokrewność wszystkich organów wewnętrznych, opisaną w protokóle sekcyjnym;

c) niepodwiązanie pępowiny, —

Wydział Lekarski w odpowiedzi na pytanie 1) oświadcza się za tém, że przyczyną śmierci dziecięcia prawdopodobnie było ujście krwi z niepodwiązanéj pępowiny.

Dochodzenie dzieciobójstwa jest jedném z najtrudniéjszych zadań lekarza sądowego, a znawca doświadczony częstokroć ma do walczenia z wątpliwościami, których usunięcie okazuje się niełatwém, a czasem i niepodobném. Rzecz dziwna, że tych wątpliwości nie napotykają mniej wprawni lekarze sądowi; i ztąd to pochodzi, że orzekają stanowczo, tam gdzie doświadczeńsi zawahać się muszą. Na

szczęście bądź w ciągu śledztwa, bądź też śród rozprawy nasuwa się sposobność do skontrolowania orzeczenia pierwszych znawców i tym sposobem zapobiega się wyrokom niesprawiedliwym, któreby się opierały na orzeczeniach mylnych. Jeżeli jednak nie zawsze udaje się Wydziałowi wyświecić prawdę, pochodzi to ztąd, że protokół sekcyi niedokładnie został spisanym, a szkody téj nikt powetować nie jest w stanie. W przypadku powyżéj opisanym pp. obducenci nie uznali za potrzebne zastosować się do przepisów instrukcyi, odnoszącéj się do wykonywania sekcyj sądowych. Instrukcyja ta poświęca rozdział osobny (§§. 112—134) sądowolekarskiemu badaniu noworodków, a godziłoby się, aby znawca, zwłaszcza mniéj jeszcze wprawny, przystępujący do czynności tak ważnéj, połączonéj z tak wielką odpowiedzialnością moralną, przypomniał sobie te przepisy i w braku własnego doświadczenia tém ściśléj postąpił według wskazówek tém zawartych. W przypadku powyższym atoli pp. obducenci nietylko przepisów tych wcale nie uwzględnili, ale nadto spisali protokół sekcyjny tak powierzchownie, jakby się rozchodziło o rzecz całkiem podrzędnéj wagi. Na podstawie takiego protokółu ani oni ani drudzy znawcy nie mieli prawa wydania tak stanowczego sądu, a ściśle rzecz biorąc nie mieli nawet prawa przypuszczania, że dziecko urodziło się żywém; to też Wydział w téj mierze oparł się więcéj na przyznaniu się obwinionéj, że dziecko krzyczało, płakało, aniżeli na wyniku próby płucnéj, tak powierzchownie opisanéj. Jeżeli się zważy, że noworodek w miesiącu kwietniu przez dni 11 leżał niepochowany, że pp. obducenci pomiędzy innemi wspominają o „rozległych śladach wybitnéj zgnilizny“, to przyznać należy, że próba płucna w takim razie nie może mieć znaczenia dodatniego, jeżeli płuca same tak niedokładnie opisano. Innego błędu dopuścili się pp. obducenci przez to, że w protokóle miasto opisywania tego, co spostrzegali przy sekcyi, podawali rozpoznania, a więc spuścili z uwagi, że podstawą protokółu jest opis jak najszczegółowszy, podczas gdy umiejętne tłumaczenie tego, co się opisało, należy do orzeczenia. Jeżeli np. podają, że „rozmiary czaszki i klatki piersiowéj są prawidłowe“, to musimy im wierzyć na słowo, ale sami nie możemy z protokółu nabrać przekonania, czy rzecz istotnie tak się miała. To samo tyczy się wyrażeń „lekkie ślady zgnilizny“, „rozlegle ślady wybitnéj zgnilizny“, „wybitne przekrwienie okostny“, „wynaczynienia naczyń włoskowatych“. O stanie przepony nic nie wspominają, natomiast wszystkie trzewa brzuszne zbywają krótkim ryczałtowym opisem. — W orzeczeniu nie wiedzą co począć w obec sprzeczności zachodzącéj pomiędzy rzekomém przekrwieniem mózgu a niedokrewnością ogólną, uciekają się więc do wniosków na pozór pewnych, które atoli są tylko przypuszczeniami nieuzasadnionemi.

Tak zwany udar włosowaty, który według pierwszych i drugich znawców miał być bezpośrednią przyczyną śmierci dziecięcia wcale nie istniał; owe bowiem „wynaczynienia naczyń włoskowatych“, o których wspomina protokół, że istniały na rozlicznych przekrojach, były zwykłemi kropkami występującemi na przekrojach w mniejszéj lub większéj ilości, a w danym przypadku nie było nawet przekrwienia mózgu, skoro miąższ jego opisany jest jako „nieco blady“. T. zw. udar wlosowaty w rzeczy saméj zdarza się bardzo rzadko, a wtedy jest tak charakterystyczny, że mylić się wcale nie można; przekrwienie zaś mózgu nie tyle rozpoznaje się po mniejszéj lub większéj ilości kropek występujących na przekrojach, ile po różowém zabarwieniu istot mózgowych. Tém mniéj uprawnioném było stanowcze twierdzenie, jakoby te zmiany w mózgu były następstwem uderzenia, a zdanie drugich znawców, jakoby „mocne przekrwienie skóry na szczycie i w części górnéj potylicznéj“ dowodziło stanowczo uderzenia, już wcale pozbawioném jest wszelkiéj podstawy rzeczywistéj.

Przyznaję, że śmierć z ujścia krwi z powodu niepodwiązania pępowiny jest rzadką; ale w danym przypadku w obec wybitnéj niedokrewności ogólnéj, braku innéj przyczyny śmierci i okoliczności, że przy ciele dziecięcia pozostała część pępowiny miała zaledwie $4\frac{1}{2}$cm. długości, nie pozostało nic innego, jak przypuścić śmierć z ujścia krwi. Na inne orzeczenie w obec niedostatecznego całkiem protokółu zdobyć się nie było można, — a gdyby obwiniona była twierdziła, że dziecko urodziło się nieżywém, to na podstawie takiego protokółu nie moglibyśmy zbić jéj twierdzenia.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Nieforemności czaszki nie zauważyliśmy w żadnym przypadku, wymiary zaś tylko w przypadku VII nie odpowiadały wiekowi. Co się tyczy wpływów zewnętrznych, któreby się mogły przyczynić do wystąpienia napadu padaczkowego, to w 2ch przypadkach (Nr. I, II) podali rodzice za powód przestrach dziecka, w reszcie zaś przypadków wpływów psychicznych nie podano. Przy badaniu nie znaleziono daléj u żadnego dziecka ani zmian jakich na kościach czaszkowych, świadczących o przebytym urazie, ani też zmian w zakresie nerwów czaszkowych świadczących o jakiém miejscowém cierpieniu ośrodków; nie napotkano również ani obrażeń nerwów obwodowych ani zboczeń w narządzie trawienia i narządzie moczopłciowym, któreby na drodze odruchu mogły wywołać napad padaczki, jak np. obecność czerwiów (Esquirol), ból zębów (Russel Reynolds), stulejka (Webber), stan podrażnienia łechtaczki (Brown Séquard) itp. Jedynie w przypadku III okazywał chory zboczenie co do wzroku, bo przy prawidłowych zupełnie rogówkach nie liczył palców już w odległości 1go metra a to skutkiem zaćmy obustronnéj dopiero się rozwijającéj. Co się tyczy daléj postaci padaczki, to tylko w przypadku II podczas pierwszorazowego pobytu w szpitalu mieliśmy do czynienia z napadami nietypowemi czyli z tak zwanemi zawrotami padaczkowemi, występującemi po kilkanaście razy na dobę (średnio 15—17, raz nawet 26) a ograniczającemi się do przewrócenia lub tylko przechylenia się chwilowego choréj i zawrócenia gałek ocznych, poczém chory natychmiast uzyskuje równowagę i rozpoczyna na nowo przerwaną chwilowo zabawę. Tylko czasami widoczną jest utrata przytomności i przychodzi do wypręźania się tułowia i charczenia. Lecz i w tym przypadku przyszło po upływie czasu jakiegoś do wystąpienia ataków gwałtowniejszych, które za drugorazowym pobytem dziecka w szpitalu mieliśmy sposobność zauważać. W reszcie zaś przypadków napady od pierwszéj chwili przedstawiały się typowo, choć brakło jednego lub drugiego z przypadów, które jako wyłącznie albo przynajmniéj na pewno cechujące padaczkę rozmaici autorowie po-

dają. I tak zwiastunów dalszych, mających poprzedzać wystąpienie ataku padaczkowego, np. zmiany w usposobieniu dziecka, drażliwości, zaczerwienienia skóry pomiędzy brwiami nie zauważyliśmy nigdy, przyczém nadmienić muszę, iż choć liczba chorych wynosiła tylko 7, to w obec częstości napadów, dłuższego trwania obserwacyi i kilkorazowego powrotu chorych do szpitala, wynosiła liczba napadów zauważonych w szpitalu przynajmniéj przeszło 200, z których znów przynajmniéj część czwarta mogła także i przez służbę lekarską być obserwowaną. Co się znów tyczy zwiastunów właściwych, tak zwanéj aury, czy to w sferze ruchowéj czy czuciowéj, to i tych również brakło całkiem; co do zwiastunów w sferze zmysłowéj sądu pewnego wydać nie możemy, gdyż dzieci mogły mieć jakieś halucynacyje wzroku lub słuchu, choć o nich nic nie mówiły. Co do przypadków zaś, odpowiadających samemuż napadowi padaczki a zatém wykrzyknięcia, upadnięcia raptownego bez przytomności, zblednienia, zupełnego stężenia, wyprostowania odnóg, zmiany wyrazu twarzy, rozszerzenia źrenic, daléj drgawek ogólnych przerywanych, sinicy, ślinienia pienistego, charczenia, mimowolnego oddania moczu i kału, częstości i nieregularności tętna a wreszcie wystąpienia potów, snu głębokiego, powrotu do przytomności, płaczliwości, nakoniec wystąpienia białka w moczu, to stale zauważono tylko: nagłe przewrócenie się z utratą przytomności zupełną równocześnie występującą, skurcz toniczny mięśni grzbietu, drgawki toniczne i kloniczne mięśni twarzy i odnóg, wypływ z gęby pienistéj śliny, mocne zaczerwienienie aż do zsinienia twarzy i pogrążenie w sen, nie tak jednak głęboki i długotrwały jak to powszechnie podają. Reszta zaś przypadów wcale stałą nie była, wykrzyknięcia inaugurującego napad brak było bardzo często, zblednienie spostrzeżono tylko we większéj części napadów, zachowanie się źrenic było bardzo zmienném, raz były rozszerzone, raz zwężone, jednakowe, lub téż niejednakowe, drgawki obejmowały często tylko jednę połowę ciała i to u jednego i tego samego chorego, raz połowę prawą, raz lewą, mocz i kał tylko w najrzadszych przypadkach mimowolnie odchodził. Białko wreszcie w moczu pojawiało się tylko po napadach u choréj Nr. II. Czas trwania pojedyńczego napadu wynosił od $^1/_2$ minuty do minut 5; średnio jednak zazwyczaj 2—3 minut. Napady występowały przeważnie za dnia, tylko u chorego Nr. IV także i w nocy; liczba ich była bardzo rozmaitą podobnie i częstość powrotu jak to następujące zestawienie pokazuje:

U choréj Nr. I wystąpił	7	grudnia	1 napad
	10	stycznia	3 napady
	15	„	2
	16	„	3
	19	„	1
	22	„	1
	23	„	3
	24	„	4
	25	„	3
	28	„	1 itp.

najdłuższa przerwa wynosiła 10 dni od 26 marca do 6go kwietnia. U choréj Nr. II zauważono:

10	stycznia	napadów mniejszych	3
12	„	„ „	7
13	„	„ „	13
14	„	„ „	3
15	„	„ „	4
16	stycznia	napadów mniejszych	5
17	„	„ „	0
18	„	„ „	6
24	„	„ „	14
25	„	„ „	16 (11 popołudniu)
26	„	„ „	17
27	„	„ „	7
28	„	„ „	0 itp.

Podczas pobytu w szpitalu zapadła chora na zapalenie płuca połączone z podwyższeniem ciepłoty do 39·4°C., które jednak na częstość napadów padaczkowych prawie żadnego wpływu nie wywarło, owszem zauważono, że napady te trwają znacznie dłużéj i okazują coraz wyraźniéj cechy wybitne. Za drugorazowym powrotem przedstawiała się ilość napadów jak następuje:

	8	marca	napadów	2
	9	„	„	9
	10	„	„	13
	11	„	„	14
	12	„	„	17
	13	„	„	24
	14	„	„	0 dla jakiéj przyczyny?
	23	„	„	10
dopiero znów	6	kwietnia	„	1
	7	„	„	1
	8	„	„	0 itp.

Natomiast u chorego Nr. III stwierdzono podczas całego czasu pobytu w szpitalu tylko 1 napad, podczas gdy u chorego Nr. IV przedstawiała się liczba napadów zupełnie tak samo jak w poprzedzających przypadkach. W przypadkach V, VI i VII nareszcie napady występowały raz jeden na dni 10 do 30. Widzimy zatém, iż żadnego typicznego powrotu napadów w przypadkach tych dopatrzyć się nie można, podobnie i odstępy czasu pomiędzy dwoma napadami w tymże samym dniu jak najrozmaitszym ulegały zmianom.

Co się daléj tyczy stanu ogólnego chorych w czasie wolnym od napadów, to chore Nr. I, II, III, V i VI nie okazywały podczas tego żadnych zboczeń ani w sferze ruchowéj ani czuciowéj, ani nawet psychicznéj, podczas gdy w przypadku IV okazywał chory chód niepewny, powłóczysty, jakotéż skrzywienie szyi (*torticollis*) a nadto w przypadku tym i przypadku VII zauważyliśmy pewien stopień upośledzenia umysłu (*imbecillitas*).

Co do następstw wreszcie, jakie padaczka za sobą pociąga, a mianowicie zboczeń w dziedzinie psychicznéj, to ani zadumy, ani bredzenia, ani napadów maniakalnych, ani téż ogłupienia zupełnego w przypadkach naszych nie zauważyliśmy.

Nakoniec co do lekowania: podawaliśmy chorym naszym naprzemian to bromek potasu, to nastój wilczéj jagody, to propylamin, lecz nie możemy twierdzić, ażeby w którym z powyżéj podanych przypadków jakiekolwiek polepszenie nawet znaczniejsze nastąpiło, pomimo iż chorzy wyżywali z 50 gram. bromku potasu, daléj po 15 kropli nastoju wilczéj jagody dziennie przez dni dwadzieścia kilka, tak że w przypadku II wywołaliśmy nawet lekki stopień otrucia, objawiający się znacznem rozszerzeniem źrenic, suchością w gardle i wymiotami płynem zielonawym lepkim, i po 2 gram. porpylaminu dziennie, który to lek ostatni większe na lekarzu podającym go robił wrażenie, aniżeli wpływał na stan chorego.

C) Tężec.

Jak wiadomo rozróżniamy tężec noworodków i tężec właściwy wiekowi starszemu. Pierwszy powstaje u noworodków przeważnie pomiędzy 5ym a 14ym dniem życia, choć uważano go już także i w 15 godzin po urodzeniu (West) i po czterech tygodniach (Ackermann). Powstawanie jego odnoszą powszechnie do zmian pępka, chociaż bardzo racyjonalnie tłumaczy Soltmann wystąpienie tężca u noworodków właściwością ustroju mięśniowego, względnie nerwowego, objawiającą się tém, iż mięśnie kurczące się skutkiem bodźca jakiego długi czas pozostają w stanie skrócenia i zwolnienie następuje o wiele powolniéj niż u dorosłego, przez co w miejsce drgawek przerywanych powstaje skurcz stały, podczas gdy zmiany chorobowe na pępku, wysoką ciepłotę a właściwie nagłe zmiany temperatury itd. uważa tylko jako wpływy zewnętrzne, stanowiące właśnie ów bodziec. Drugi rodzaj tężca pojawia się przeważnie u ludzi dorosłych bądź skutkiem lub w następstwie skaleczeń, ran, przeziębienia, bądź téż bez wiadoméj przyczyny. (Tężec urazowy, gośćcowy i pierwotny). Obydwie postacie występują w strefie naszéj o wiele rzadziéj niż w gorącéj. Gdy np. na Jamaice nagabuje tężec 10 do 25% wszystkich noworodków, to w Kopenhadze wystąpił tylko 93 razy na 20,806 noworodków, u dorosłych zaś przypada w przybliżeniu 1 przypadek tężca na 3000 przypadków innych chorób. Mimo jednak rzadkości cierpienia tego, mimo to, iż w szpitalu św. Ludwika nie przyjmuje się w zasadzie dzieci przy piersi będących, że zatém co do noworodków materyjału prawie nie mamy, zauważyliśmy w ciągu trzechlecia, z którego niniejsze sprawozdanie podajemy, trzy przypadki tężca, z których jeden u dziecka 3-tygodniowego, dwa drugie zaś u dzieci starszych. Przypadki te zajmujące tak dla etyjologii, jak i dla postaci a wreszcie i zakończenia pomyślnego u 2ch chorych są następujące:

1. Magdalena Kulówna, dziewczyna 3 tygodnie licząca, córka wyrobników z Krowodrzy oddana do szpitala 11 czerwca 1879 z powodu, iż od 3ch dni jest niespokojną i ssać nie chce. Poprzednio miała się dobrze, ssała znakomicie, sapki nie miała, wypróżnienia były prawidłowe, dopiero od dni trzech zauważono, iż zaledwie pierś chwyci, zaraz ją puszcza, płacząc przytém głosem zmienionym. Badanie okazuje dziecię prawidłowo zbudowane, odpowiednio do wieku dość dobrze odżywione, ciemię prawidłowéj wielkości, kości czaszkowe po za siebie nie zachodzą, skóra zaczerwieniona tu i owdzie łuszcząca się lub pokryta żółtawemi strupkami, na grzbiecie i pośladkach kilka wrzodzianek. Sutek prawy obrzękły, twardszy i bolesny. Pępek niezabliźniony, granulacyje jego w części bujające w części pokryte wydzieliną zielonkowatą, cuchnącą, skóra otaczająca zaczerwieniona i bolesna. Wyraz twarzy zdradza opresyję, czoło zmarszczone, powieki przymrużone, usta wykrzywione, postaci jednak podobnéj do ust rybich *(Stümke)* nie ma, szczęki silnie zwarte, tak iż z trudnością tylko koniec małego palca wprowadzić można. Mały tężec mięśni karkowych, skutkiem czego głowa ku tyłowi nieco przechylona i skurcz mięśni zginaczy odnóg górnych, które przyciśnięte są do klatki piersiowéj i w stawach łokciowych mocno prawie pod kątem prostym zgięte; palce w pięść złożone. Mięśnie brzuszne i odnóg dolnych wolne. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie sklepiony, śledziona niemacalna; tętno pełne, twarde 92, ciepłota 36·8. Ciężar dziecka 3 kilo 35 dkgr. Ponieważ dziecko czas jakiś moczu nie puszczało, zaprowadzono cewnik a mocz otrzymany o k a z y w a ł ś l a d b i a ł k a, chlorki były prawidłowe. W ciągu tegoż samego dnia zauważono jednak, iż szczękościsk zupełny wolniał często, a w chwilach owych można było jeszcze rozewrzeć szczęki przy użyciu miernéj siły, choć niezupełnie; podobnie i tężec karkowy zmniejszył się; odnogi górne zawsze jednak były zgięte. Po krótszém lub dłuższém zwolnieniu występowały na nowo chwile zupełnego szczękościsku, połączone z bólem, który dziecię zdradzało skrzywieniem twarzy i krzykiem przeraźliwym. Sinica śród napadów takich nie występowała, tony serca były czyste; natomiast zauważono cztery stolce wolne, zielonkowato flegmiste, cuchnące. Leczenie rozpoczęto od odżywiania dziecka, wlewania w chwilach ulżenia szczękościsku mięszaniny mleka z kleikiem jęczmiennym, przytém przekonano się, iż akt połykania odbywa się prawidłowo; następnie wymyto dokładnie pępek wodą karbolową i opatrzono antyseptycznie, podawano na koniec nastój wilczéj jagody w mikstarze i polecono okłady ciepłe na bolesny sutek. Rokowanie było bardzo niepewne, raczéj niepomyślne. W ciągu dni następnych przekonano się jednak, iż przypady tężca daléj się nie rozwijają, lecz że pozostają na tym samym stopniu co w dniu przyjęcia, a nawet iż napady szczękościsku i tężca mięśni karkowych trwają krócéj aniżeli poprzednio. Natomiast w skutek niemożności dokładnego oczyszczania gęby przystąpiło niemiłe powikłanie w postaci pleśniawek. Pępek ładnie się oczyszczał, wydzielinę stanowiła gęstsza, czysta, ropa, ziarnina była żywa a z brzegów się zaciągała. Sutek zaś prawy obrzękał więcéj, skóra się zaczerwieniła i była świecącą, chełbotania jednak aż do 21 czerwca wykazać nie było można, a zapaleniu temu gruczołu sutkowego towarzyszyło podwyższenie ciepłoty do 38·4°C. Rozwolnienie daléj się utrzymywało. 21 czerwca otworzono ropień, przyczém wypłynęło z pół łyżeczki ropy czekoladowo zabarwionéj, a następnie opatrzono antyseptycznie. Ponieważ szczękościsk i tężec zmniejszały się stopniowo a napady coraz rzadziéj występowały, pępek 24 czerwca zupełnie się zabliźnił, pleśniówki ustąpiły a także i zapalenie sutka po wydaleniu ropy się zmniejszało, można było 26 czerwca oddać napowrót dziecię rodzicom jako uleczone.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym nie podlegało żadnéj wątpliwości, chociaż postać choroby bardzo łagodna samych nas zadziwiła; cechujący wyraz twarzy, szczękościsk i tężec, napady bolesne wzmagające się upewniały rozpoznanie dostatecznie; brak krzywicy, zaburzeń znaczniejszych w przewodzie pokarmowym, brak zupełnych intermisyj skurczu, brak cechującego ułożenia palców, brak przypadu Trousseaua chroniły dostatecznie od pomylenia się co się tyczy tetanii (*Arthrogryposis*); z napadami zaś kolki, jak się to czasem zdarza, przypadku tego absolutnie pomięszać nie było można, o zatruciu strychninem myśleć nie potrzebowaliśmy. Czy zaś zaniedbanie pępka z następowém zapaleniem było powodem do wystąpienia tężca, czy téż może jaka za nadto gorąca kąpiel, za czém przemawiałoby łuszczenie się przyskórka płatami i zaczerwienienie skóry lub téż inna jakaś nieznana nam okoliczność, pozostawiam nierozstrzygnioném.

2. Jan Pietrzykowski, chłopiec 11-letni, z Zakładu św. Józefa przyjęty 18 czerwca 1879. Dowiadujemy się, że zajętego pracą w ogrodzie zaskoczyła burza a piorun uderzył w pobliżu stojące drzewo. W téj saméj chwili chory miał doznać nadzwyczaj silnego bólu w prawém ramieniu i w karku po stronie prawéj aż po grzebień łopatki, bólu klującego i

tak dotkliwego, iż się przewrócił na ziemię. Przytomności ani na chwilę nie stracił. Dopiero w ciągu dnia następnego wystąpiły u niego napady skurczu tężcowego mięśni twarzy, karku, klatki piersiowéj, grzbietu i brzucha, połączone z bólem znacznym i sinicą. Mięśnie odnóg prawie zupełnie wolne. Przytomność podczas napadu utrzymana. Napadów takich miało być 8 do 12 na dobę, w przerwach zaś pomiędzy pojedyńczemi napadami pozostaje nadal pewne stężenie mięśni i przeczulica. Przywieziony do szpitala przedstawiał stan następujący: Kościec prawidłowo zbudowany, odżywienie dobre, prawidłowe zabarwienie skóry i błon śluzowych, płuca, serce i trzewa jamy brzusznéj zdrowe. Stos pacierzowy za uciskiem niebolesny, ruchy odnóg w pewnym tylko stopniu możliwe, jakby z obawą wykonywane, mięśnie grzbietowe, a zwłaszcza karkowe, daléj mięśnie brzuszne napięte, deskowato twarde. Szczęk wcale chory rozewrzeć nie potrafi podając za przyczynę pewne ciągnienie i sztywność w mięśniach, wyraz twarzy jednak nie jest tak cechującym jak powszechnie przy tężcu opisują lecz przedstawia tylko wystraszenie. Połykanie tak płynnych jak i stałych pokarmów nieco tylko upośledzone. Przytomność zupełna, zmysły funkcyjonują należycie, ciepłota 37°C., tętno napięte lecz nieprzyspieszone 84. Zaraz w ciągu pierwszéj doby stwierdzono 12 napadów stężenia, podczas których występuje najpierw skurcz stały mięśni twarzowych, zwłaszcza żuchwowych, mięśni karku i klatki piersiowéj głównie jednak po stronie prawéj, przez co chory zwija się w kabłąk z wypukłością ku stronie lewéj (*Pleurothotonus, Boenecken, Tetanus lateralis, Sauvage*) a wreszcie i mięśni brzucha; odnogi od kurczu są wolne. Podczas napadu mięśnie są mocno napięte i twarde, a napięcie to sprawia choremu ból taki, że aż jęczy i z boku na bok się przewraca; dotknięcie mocniejsze mięśni ból wzmaga; przytomności podczas napadu chory nie traci. Natomiast występuje sinica znaczna i duszność. Napady powtarzają się w przerwach niejednostajnych, dla powstawania ich żadnéj przyczyny wynaleźć nie można. Napad pojedyńczy trwa od kilku minut do kwadransa. Noc pierwszą spędził bezsennie, pocił się dość znacznie, stolca nie było, mocz oddany w ilości dość znacznéj, rozebrany w pracowni prof. Stopczańskiego okazywał następujące właściwości: mocz barwy wino-żółtéj, oddziaływania słabo alkalicznego, ciężaru gatunkowego 1·028, osad w ilości zwiększonéj zawiera w rozczynie urochrom w ilości zmniejszonéj, uroksantyn zwiększonéj silnie, mocznik w ilości prawidłowéj, kwas moczowy zwiększonéj słabo, chlorki w ilości prawidłowéj, fosforany i siarkany w zwiększonéj. Nadto białka bardzo mała ilość, a znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego i węglan amonowy w ilości alkalizującéj mocz. W osadzie znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego i fosforanu amonowo-magnowego. Leczenie polegało na zastosowaniu baniek siekanych na grzbiecie, kąpieli ciepłych i podawaniu wewnętrznem chloralu po 1·5 grm. rano i wieczór. W ciągu pobytu w szpitalu napady zmniejszały się co do liczby i łagodniały stopniowo, tak iż 24 czerwca było napadów tylko 5 podczas dnia, a noc po raz pierwszy przepędził spokojnie. Dopiero 6 lipca ustały napady zupełnie, naprężenie jednak mięśni klatki piersiowéj i brzucha, i sztywność tamująca ruchy utrzymywała się aż do 18 lipca. W ciągu leczenia trwającego dni 30 wyżył ogółem 54 grm. chloralu, który znosił bardzo dobrze. 20 lipca opuścił zakład wyleczony.

O ile w przypadku tym do wywołania tężca przyczyniło się rażenie piorunem, czy tylko sam przestrach lub wreszcie możliwe przeziębienie i przemoczenie, pozostawiam nierozstrzygnioném. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bockhart: **Patologija rzeżączki.**

Jak niegdyś francuski klinicysta wyrzekł o kile, takby dziś o bakteryjologii można powiedzieć: *elle domine toute la pathologie.* Pomimo to zadziwi może niejednego, że do dnia dzisiejszego posiada nauka tylko dla jednéj choroby niezbity dowód, że przeszczepienie swoistego grzybka na człowieka sprowadza u tegoż chorobę właściwą. Dotyczy to róży, dla któréj zaledwie przed kilku miesiącami Fehleisen udowodnił na człowieku swoistość grzybka. Do tego doświadczenia z wynikiem dodatnim przybywa inne odnoszące się do grzybka rzeżączki.

Już w r. 1879 odkrył Neisser swoisty grzybek wydzieliny rzeżączkowéj. Tenże sam badacz jak niedawno Krause i Leistikow przeprowadzili szereg „kultur“ wykazujących niezbicie swoistość owego grzybka (*Gonococcus*), uznanego jako cechujący i stały składnik wydzieliny rzeżączkowéj. Przeszczepianie wszelako na cewkę moczową zwierząt lub błonę śluzową spojówki zwierząt nigdy się nie udawało. Obecnie dowiadujemy się z pracy Dra B. w *Sitzungsberichte der Würzburger phys. mediz. Gesellschaft* o wyniku dodatnim przeszczepienia uskutecznionego na człowieku.

Choremu w końcowym okresie *Dementiae paralyticae* wstrzyknięto do cewki moczowéj, dotychczas zupełnie zdrowéj, pełną wstrzykawkę wśród odpowiednich ostrożności, sterylizowanego płynu grzybkowego (*Gonokokkenreinkultur*). Grzybki były wyhodowane na żelatynie peptonowéj (*Fleischinfuspepton-Gelatine*). U chorego tego, (który liczył lat 46 i był dotknięty zupełną nieczulicą) spostrzeżono po trzech dniach cechującą rzeżączkę z obfitą żółtą ropną wydzieliną, która trwała aż do śmierci (t. j. do dnia dziesiątego, w którym chory skutkiem ocieklinowego zapalenia płuc umarł). Codziennie badał autor wydzielinę ze względu na obecność cechujących grzybków i każdym razem stwierdzał je ze wszystkiemi własnościami.

Ciekawym również był wynik oględzin pośmiertnych. Cewkę moczową 18cm. długą rozciętą w ścianie górnéj znalazł autor na dość znacznéj przestrzeni (do 6cm. od ujścia) pokrytą wypociną ropną z domieszką krwi, część jamista cewki moczowéj była obrzękła i przepełniona krwią. Pod drobnowidem pokład przybłonkowy ujścia czółenkowatego (*Fossa navicul.*) okazał się znacznie obrzękłym i rozpadłym. Beleczki tkanki łącznéj rusztowania były nasiekłe komórkami limfoidalnemi. Tożsamo dotyczy błony śluzowéj i podśluzowéj ujścia, gdzie nadto i naczynia limfatyczne, jak niemniéj i przestwory tkanki łącznéj napełnione były barwikiem (użytym błękitem metylenowym) a nadto spostrzedz tu można było dość liczne duże komórki, luźno wśród utkania rozsiane. Takież same komórki znajdowały się i pomiędzy komórkami przybłonkowemi ujścia czółenkowatego. Przy użyciu immersyi można było spostrzedz w jądrach komórek limfoidalnych (wyemigrowanych) grzybki rzeżączkowe w ilości 4 do 12, w cechujący sposób ugrupowane, rzadziéj jako odosobnione *cocci.* Pomiędzy komórkami przybłonkowemi, nigdy w nich samych, znajdowały się również owe grzybki, toż

samo wśród wypociny ponad warstwą przybłonkową. Światła naczyń limfatycznych, przestwory tkanki łącznéj u spodu ujścia czółenkowatego były szczelnie zatkane grzybkami swoistemi, jak niemniéj owe duże komórki napęczniałe skutkiem nagromadzonych grzybków. We fałdach błony śluzowéj nie było więcéj grzybków niż gdzieindziéj, gruczołki zupełnie od nich były wolne. Z powyższych danych można tedy następujące wnioski wysnuć:

1) Grzybki rzeżączkowe są grzybkami sprowadzającemi rzeżączkę.

2) Skoro grzybki te na błonę śluzową się dostaną, wnikają prawdopodobnie pomiędzy komórkami przybłonkowemi do naczyń limfatycznych błony śluzowéj i podśluzowéj ujścia czółenkowatego, rozmnażają się i sprowadzają zmiany zapalne.

3) W następstwie grzybki wnikają w komórki i jądra komórek limfoidalnych a wraz z niemi dostają się do naczyń krwionośnych, do tkanki łącznéj błony śluzowéj i części jamistéj ku pęcherzowi.

4) Grzybki owe niszczą ciałka limfoidalne, w które wniknęły, grzybki zaś same giną prawdopodobnie same w utkaniu, w którém utkwiły, albo też we krwi. *Dr. Pisek.*

P. G. Unna (z Hamburga): **O kwasie pyrogalusowym i chryzorabinie w dermatologii.**

Autor ogłasza w 3 zeszycie t. r. *Monatshefte f. pract. Dermatol.* swoje spostrzeżenia nad leczniczém działaniem kwasu pyrogalusowego i chryzorabiny. Chryzorabina pośród środków przeciw łuszczycy używanych jest najdzielniejszym lekiem. Skóra niektórych osób. szczególniéj dzieci, tak energicznie oddziaływa na leczenie chryzorabiną, że zawsze należy zacząć od małéj dawki, przechodząc zwolna do coraz mocniejszéj. Przy stosowaniu na twarzy chryzorabiny nader często powstaje zap. spojówek. W tym razie należy zastąpić chryzorabinę naftolem. Działanie chryzorabiny jest zadziwiająco szybkiém. Mimo to jednak należy stosować w cięższych przypadkach lek ten przez 4—6 tygodni, wzmagając coraz więcéj dawkę. Tym sposobem zapobiega się nawrotom łuszczycy, a jeżeliby te mimo to wystąpiły, to w tak słabém nasileniu, że się z łatwością usunąć dają. Chryzorabina, w jakikolwiekbądź sposób na skórę zastósowana, ulega wessaniu częściowemu. W ustroju chryzorabina ulega w znacznéj części utlenieniu w kwas chryzofanowy. W moczu znajdujemy przeważnie kwas chryzofanowy, obok małych ilości czystéj chryzorabiny. Chryzorabina barwi skórę żółtawo-brunatno. Zabarwienie to ustępuje, w miarę odpadania łusek przyskórka. Włókna roślinne, jakoteż wełnę barwi na żółto; barwa ta dopiero po dłuższym czasie daje się częściowo usilném praniem usunąć. Miejsca wyleczone, skutkiem wcześniejszego złuszczenia przyskórka, przedstawiają się jako plamy białe na tle żółto-brunatném. Dość często śród leczenia powstają *erythema, acne, furunculosis.* Tym powikłaniom najwięcéj zapobiega częsta kąpiel, szczególniéj z dodatkiem wątroby siarczanéj. W ogólnéj łuszczycy najodpowiedniejszém jest użycie kleju glicerynowego z 10% dodatkiem chryzorabiny. Głowę i części rodne należy nacierać 2% maścią naftalową. W łuszczycy ograniczonéj najskuteczniejszém okazało się autorowi użycie 10—20% roztworu chryzorabiny w kolodyjonie. Także dobre wyniki lecznicze miał autor stosując 40% gazę chryzorabinową. Łuszczycę na głowie najlepiéj jest leczyć skrapiając ją roztworem chryzorabiny w eterze. (*Rp. Chrysorabini 0·20, Aetheris sulf. 100·00, Cerae albae 0·30*). Nadto używał autor z dobrym skutkiem chryzorabiny w *eczema marginatum* i *herpes tonsurans.* — Kwas pyrogalusowy nie posiada własności, wywołujących zapalenie jak chryzorabina. Działa więcéj ściągająco na tkanki zwierzęce, a ztąd używa się do tamowania krwotoków. Skórę barwi na ciemno. Dla tego téż jest, podobnie jak chryzorabina, niestosowna do leczenia zmian na skórze twarzy. Stosować go można tylko na miejscach ograniczonych. Na większéj przestrzeni zastosowany wywołuje objawy zatrucia tak gwałtowne, że się niekiedy kończą śmiercią. Autor miał najlepsze wyniki lecznicze stosując kwas pyrogalusowy w ograniczonych naciekach skóry, czy to syfilitycznych, czy też wywołanych wilkiem, daléj w powierzchownych naroślach brodawkowych i wreszcie we wrzodach skóry powierzchownych, trudno gojących się. W ograniczonéj łuszczycy działa kwas pyrogalusowy na równi z chryzorabiną. Autor najczęściéj używa kwasu pyrogalusowego w postaci 10% maści.

(W klinice chorób skórnych prof. Rosnera w Krakowie przekonano się, że najlepiéj działa chryzorabina użyta w postaci maści. Zwykle przepisuje się *Chrysorabini* 6·00, *Ung. simplic.* lub *vaselini* 100·00 Maścią tą poleca się raz lub dwa razy dziennie nacierać miejsca chorobowo zmienione. Chryzorabina w postaci maści działa o wiele silniéj niż polecana przez prof. Picka żelatyna. Kwasu pyrogalusowego używa się zwykle w roztworze wyskokowym 4—10%. Maście z tym kwasem mają te niedogodności, że kwas pyrogalusowy łatwo w nich ulega utlenieniu, zmieniając przytém i sam tłuszcz. Jak wiadomo, posiada on bowiem własność nader chciwego pochłaniania tlenu z powietrza atmosferycznego, skutkiem tego nader łatwo przychodzi do rozkładu tłuszczów. W klinice używa się z tego powodu jako constituens do maści pyrogalusowéj waseliny, polecając *Vaselini* 100 części na 6 do 12 *Acidi pyrogalici).* Ω.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

VI Posiedzenie zwyczajne z dnia 21go marca 1883 r.

Przewodniczący: kol. Obaliński. Członków obecnych 23.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Schramm przedstawił kobietę, u któréj kol. Mikulicz wykonał z powodu raka odźwiernika resekcyję żołądka. Uwagi dotyczące tego przypadku ogłosił kol. Mikulicz w Przegl. Lek. (Nry 13 i 14).

3) Kol. Mikulicz okazał i objaśnił użycie skoliozometru własnego pomysłu. (Ogłoszono drukiem w Przeglądzie Nr. 12).

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. H. Mendelsburg.*

VII. Posiedzenie zwyczajne z d. 4 kwietnia 1883 r.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 41.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Całe posiedzenie wypełniło roztrząsanie sprawy osobistéj, wynikłéj w skutek wyroku sądu koleżeńskiego polubownego, a którego następstwem było wystąpienie jednego członka z grona Towarzystwa. *Dr. H. Mendelsburg.*

VIII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 kwietnia 1883 r.

Przewodniczący Kol. Obaliński. Członków obecnych 23.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Blumenstok okazał tętnice szyjne wraz z rozgałęzieniem (*Carotis communis et. C. interna et ext.*) zbrodniarza, na którym wykonano wyrok śmierci przez powieszenie. W *Carotis communis*, tuż przy jéj rozdzieleniu się spostrzega się na błonie wewnętrznéj podbiegnięcie krwią; w *Carotis interna* tak *intima* jakoteż i *media* w całéj swéj szerokości pęknięte. Pęknięcie takie da się według Friedberga wywołać

i sztucznie na trupach powieszonych, nie znajdujemy jednakowoż owego podbiegnięcia krwią, które tylko u powieszonych za życia występuje.

4) Kol. A. Rosner wyłożył rzecz o leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych. Prelegent porusza tę kwestyję dla tego, że uważa najpierw ten sposób leczenia za nabytek terapeutyczny bardzo cenny, a powtóre dla tego, że nie ma zgody między specyjalistami co do wartości tego sposobu leczenia, jak się to okazało podczas dyskusyi nad tym przedmiotem w Tow. lek. berlińskiém. Sposób leczenia pewnych form kiły wstrzykiwaniami jest już dawny, używał go Hebra w r. 1860, używali go lekarze przed Hebrą, ale zasługa wprowadzenia tego sposobu leczenia w praktykę należy się niewątpliwie Lewinowi, który doświadczenia swoje robił według pewnéj metody, wyniki otrzymane tą metodą porównywał z wynikami otrzymanemi po wcieraniach szaruchy, po zadawaniu wewnętrzném rożnych przetworów rtęciowych i tym sposobem wykazał zalety tego sposobu leczenia. Prelegent używa wstrzykiwań podskórnych w swéj klinice już od roku 1868, a mianowicie najpierw sinkiem rtęciowym, następnie białkanem rtęciowym, peptonem rtęciowym, sublimatem z dodatkiem chlorku sodu, a nareszcie rtęcią formamidową. O zaletach i wadach wstrzykiwań pierwszych trzech przetworów rozwodzić się prelegent nie potrzebuje, ponieważ spostrzeżenia czynione w klinice nad temi lekami ogłosił Dr. Obtułowicz w Przeglądzie Lek. w r. 1874 i 1878; pozostaje więc tylko wzmiankę uczynić o wstrzykiwaniach sublimatem i rtęcią formamidową. Wpierw jednak wypada się zastanowić nad pytaniem, czego właściwie po nowym środku przeciwkiłowym lub po nowym sposobie leczenia środkiem znanym wymagać trzeba, ażeby lek lub sposób leczenia nazwać dobrym a od innych sposobów leczenia lepszym? czyli na czém właściwie polega wartość lecznicza środka przeciwkiłowego? Przedewszystkiém żądaćby wypadało od dobrego środka przeciwkiłowego, żeby usunął przyczynę zmian kiłowych, tj. żeby zniszczył lub zneutralizował jad kiłowy, jeżeli nie potrafi wstrzymać nowego wybuchu kiły, to przynajmniéj nie powinien przyczyniać się do wywołania w organizmie zmian takich, które za sobą pociągają kacheksyję, bo w takim razie szkoda, jaką ten środek w przeważnéj liczbie przypadków wyrządza, jest nierównie większą, aniżeli pożytek, jaki przynosi przez chwilowe usunięcie zmian kiłowych. Wstrzykiwania podobnie jak wcierania lub rtęć podana drogą pokarmową usuwa tylko zmiany kiłowe a tém samém nie chroni od recydywy, nadto wstrzykiwania mają tę wielką niedogodność, że sprawiają choremu ból i to czasem bardzo dotkliwy, ale mimo to wstrzykiwania mają wielką wartość leczniczą, a to z następujących powodów: *a)* po wstrzykiwaniach nierównie rzadziéj powstaje *Stomatitis*, a jeżeli powstaje to w niższym stopniu, aniżeli po innych sposobach leczenia rtęcią, *b)* nierównie rzadziéj powstaje zapalenie nieżytowe przewodu pokarmowego, *c)* kiła rzadziéj się odnawia a jeżeli odnawia to w formie łagodniejszéj występuje. I tak według statystyki podanéj przez Lewina, a opartéj na 6.000 przypadkach leczonych wstrzykiwaniami, a 2.000 leczonych innym sposobem, przypada 40—45% po wcieraniach lub po wewnętrznem zadawaniu rtęci *d)* po wstrzykiwaniach rtęć wprowadzona do organizmu nierównie prędzéj z niego występuje, aniżeli po jakimkolwiek innym sposobie, z wyjątkiem odwaru Zittmana, jak to jednozgodnie utrzymują chemicy. Téj to zalecie prawdopodobnie przypisać należy, że *e)* kacheksyja rtęciowa nierównie rzadziéj się wydarza po wstrzykiwaniach aniżeli po wcieraniach itd.; prelegent sam po wstrzykiwaniach nie widział ani jednego przypadku kacheksyi, *f)* dawka rtęci wprowadzonéj do organizmu przez wstrzykiwania jest ściśle oznaczona, czego o wcieraniach powiedzieć nie można, które stosując nie wiemy w jakiém połączeniu rtęć do organizmu się dostaje. Prelegent używał dotychczas przeważnie, a w ostatnich latach niemal wyłącznie, wstrzykiwania sublimatem z dodatkiem chlorku sodu (na 1.00 wody *pro dosi* 0·01 *Subl.* 0·10 chlorku sodu) i do nich to odnoszą się zalety wyżéj wymienione. O rtęci formamidowéj, tak gorąco zaleconéj przez Liebreicha, sądu prelegent wydać nie może, dla małéj liczby przypadków tym przetworem przez siebie leczonych, tyle jednakowoż już teraz powiedzieć może, że zmiany kiłowe po wstrzykiwaniach rtęcią formamidową nie ustępują prędzéj, aniżeli po wstrzykiwaniach sublimatem i że ból po nich nie jest wcale mniejszy. Tylko wówczas należałoby się pierwszeństwo przetworowi Liebreicha, gdyby się okazało, że kiła po nim rzadziéj się odnawia, a o téj zalecie najważniejszéj nikt dotąd nic pewnego powiedzieć nie umie. Pod koniec nadmienia prelegent, że doświadczenia jego leczenia kiły wstrzykiwaniami odnoszą się tylko do kiły drugorzędnéj; w przypadkach kiły późnéj używał prelegent wprawdzie wstrzykiwań ale w nie wielu tylko przypadkach i nie używał ich systematycznie i dla tego sądu o wartości tychże w tym okresie kiły wydać nie może.

W dyskusyi zabiera głos kol. Zarewicz. Skuteczność leku przeciwkiłowego nie ocenia z szybkości, z jaką takowy zmiany usuwa, ale według tego, czy recydywa po leczeniu takowym występuje i w jakim odstępie czasu. Robił on doświadczenia sinkiem rtęciowym, sublimatem z dodatkiem soli kuchennéj i chlorku morfinu. Innych przetworów nie używał. Spostrzeżenia i doświadczenia jakie, co się tyczy sublimatu, zrobił, wygłosił w swoim czasie na jedném z posiedzeń Towarzystwa. Przetwór Liebreicha stósował od czasu ogłoszenia go w 17 przypadkach a z tych powziął następujące przekonanie: 1) *Hydr. formamidatum* sprawia, wstrzyknięte podskórnie, znaczniejszy ból niżeli inne w użyciu będące preparaty. 2) Nacieki podskórne tworzyły się częściéj i w wyższym stopniu niż przy wstrzykiwaniach sublimatem z dodatkiem chlorku sodu, lub przy wstrzykiwaniach sinku rtęciowego. Do ropnia przyszło tylko u jednego chorego, u którego w czasie wstrzykiwań wystąpiło zapalenie płuc. 3) Chorzy o wiele częściéj dostawali zapalenia jamy ustnéj rtęciowego, niż po używaniu innych przetworów rtęciowych. Najrzadziéj wywołuje *gingivitis* według dotychczasowych doświadczeń kol. Z. czysty sublimat, daléj sinek rtęciowy, częściéj sublimat z dodatkiem chlorku sodu, a najczęściéj *Hydrg. formamidatum.* 4) Zmiany kiłowe ustępują szybciéj może, aniżeli po użyciu innych preparatów, aczkolwiek w jednym przypadku wysypki guzkowéj złuszczającéj się trzeba było 20tu wstrzykiwań, nim takowa ustąpiła i to nie całkowicie, a z powodu bolesności należało zaprzestać wstrzykiwania *cum Hydrg. formamidato.* W jakim czasie występują nawroty choroby po leczeniu tym środkiem, stanowcze zdanie wypowiedzieć trudno, bo lek ten dopiero od stycznia tego roku stosuje; mimo to obserwował już 3 przypadki nawrotu choroby, na co ze względu na zbyt rychłe wznowienie się choroby głównie nacisk kładzie. Wyniki te wcale nie zachęcają mówcę do dalszego stósowania środka Liebreicha i sublimatowi z morfinem i chlorkiem sodu przyznać musi bezwzględną wyższość. Co się zaś tyczy w ogóle wstrzykiwań podskórnych preparatów rtęciowych, nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, jakoby takowe szybciéj usuwały zmiany chorobowe, niż wcierania szaruchy. Jak długo po wstrzykiwaniach podskórnych rtęć w organizmie się zatrzymuje, nie ma mówca w tym względzie własnego doświadczenia, wie tylko że już po 3ciém wstrzyknięciu *Hydrg. formamidatum* prof. Stopczański znalazł rtęć w moczu.—Kol. A. Rosner oświadcza, że Liebreich dla tego kładzie tak wielki nacisk na ten lek, albowiem według niego w organizmie się takowy nie rozkłada a przedewszystkiém nie tworzy połączenia z białkiem.—Kol. Kopff nie uważa przetworu Liebreicha za gorszy od sublimatu i nie uważał aby *Gingivitis* tak szybko występowała. Stósowanie zaś sublimatu z morfinem uważa za niepotrzebne, albowiem w przetworze tym opada morfin. Kol. Zarewicz pomija kwestyję teoretyczną, uważa jednak łączenie sublimatu z morfinem z tego względu za niestósowne, albowiem działanie morfinu jest natychmiastowe, gdy tymczasem bóle najznaczniejsze występują dopiero zazwyczaj w drugim dniu po wstrzyknięciu. Co do *Gingivitis* w przypadkach przez niego obserwowanych, na co szczególniejszą uwagę zwracał, *Hg. formamidatum* o wiele częściéj wywoływało takowe, niż inne przez niego doświadczane przetwory rtęci do wstrzykiwań używane, równocześnie dodaje, iż przy stósowaniu *Hg. formamidatum* z umysłu nie zalecał płukań z chloranu potasowego.—Kol. Rydel chciałby wiedzieć, jaki jest liczbowy stosunek *Gingivitis* przy wstrzykiwaniach a jaki przy wcieraniach. W klinice swéj stosuje tylko w razie potrzeby wcierania a *Stomatitis* bardzo rzadko się wydarza, lecz od 1go dnia uważa bardzo na płukanie z *Kal. chlor.* Chciałby także wiedzieć, przy którym sposobie leczenia działanie jest szybsze, szybkość działania bowiem jest w okulistyce wielkiéj wagi.—Kol. A. Rosner nie umie podać stosunku liczbowego występującéj *Stomatitis,* wie tylko że w obec

wstrzykiwań nie występuje nigdy tak znaczna *Stomatitis* jak przy wcieraniach. Jeżeli zaś idzie o szybkość działania, to można wstrzykiwać 2 razy dziennie.—Kol. Zarewicz w odpowiedzi kol. Rydlowi wyjaśnia, iż w jednym przypadku w czasie leczenia wstrzykiwaniami przetworem Liebreicha wystąpiła *Iritis*. Przy zastósowaniu jednak natychmiastowém energicznego leczenia miejscowego *Iritis* prędko ustąpiła. W tym jednak przypadku szybkie polepszenie przypisuje raczéj leczeniu miejscowemu niż działaniu wstrzykiwań podskórnych.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z d. 12 lutego 1883.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 8.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia z d. 29 grudnia 1882 r. odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia, iż stósownie do uchwały powziętéj na ostatniém posiedzeniu wysłano podanie do Ministerstwa handlu o zarządzenie co należy, żeby pociągi na kolejach żelaznych Karola Ludwika i Tarnowsko-leluchowskiéj, którémi w porze letniéj do 10.000 osób udaje się do zakładów zdrojowych galicyjskich, dogodniéj rozłożonemi zostały i aby w Tarnowie zaprowadzono stósowne urządzenia, konieczne dla osób słabych tamże po kilka godzin na pociągi wyczekujących. Podanie to podług wskazówek udzielonych przez przewodniczącego łącznie z Kol. Skórczewskim, obszernie ułożone zostało w języku niemieckim przez adwokata Dra Szlachtowskiego i obok wysłania do Wiednia udzielono w odpisie zarządowi zakładów zdrojowych w Szczawnicy, Krynicy i Żegiestowie, aby te ze swéj strony również wysłały podania do Ministerstwa handlu. Podanie ze Szczawnicy w tych dniach odejdzie.

3) Przewodniczący przedstawia następujące wnioski dotyczące rozszerzenia zakresu działania Komisyi będące wynikiem narady odbytéj z Kol. prof. Korczyńskim i innymi członkami zarządu Komisyi *a*) Wydanie krótkiego, ale treściwego i systematycznego obrazu wszystkich zakładów zdrojowych i klimatyczno-leczniczych, w kraju naszym istniejących. Obraz taki ułoży Komisyja balneologiczna na podstawie materyjałów ze zdrojowisk nadesłanych. W celu nakreślenia planu podobnego wydawnictwa wybrano Komisyję złożoną z koll. Korczyńskiego, Skórczewskiego i przewodniczącego. *b*) Podczas najbliższego Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich, jaki się odbędzie w Krakowie w porze, w któréj lekarze zdrojowi nie są zajęci w zdrojowiskach, zwołanie wiecu balneologów krajowych połączonego z wystawą balneologiczną. W wiecu takim prócz lekarzy zdrojowych wzięliby udział właściciele zakładów zdrojowych, zarządcy tychże, oraz w ogóle osoby, które rozwój zakładów tego rodzaju obchodzi. W urządzeniu wystawy balneologicznéj przyobiecał wszelką pomoc i miejsce potrzebne Dr. Baraniecki. *c*) Powiększenie księgozbioru Komisyi balneologicznéj. W tym celu przewodniczący porozumiał się z dyrektorem biblijoteki Uniw. Jagiell., który przyobiecał udzielić duplikaty pism balneologicznych Komisyi w zamian za inne książki. *d*) Powiększenie liczby członków czynny udział w téjże biorącycb. W tym celu wysłano okólnik do wszystkich członków czynnych Tow. lekarskiego krakowskiego, oraz postanowiono zaprosić jeżeli zechcą wziąść udział w pracach Komisyi kilku przyrodoznawców.

4) Przewodniczący zawiadamia, że tegoroczne wezwanie do zakładów zdrojowych o nadesłanie materyjału do poglądu na ruch i postęp w zdrojowiskach w roku ubiegłym, obejmuje prócz tego cały szereg zapytań mających na celu otrzymanie ile możności dokładnéj wiadomości o obecnym stanie, położeniu, stosunkach itd. każdego w szczególności zdrojowiska.

5) Kol. Trochanowski odczytał wiadomość o rozbiorze chemicznym ilościowym wody mineralnéj z Czegiełki, którą w streszczeniu podajemy. Wieś Czegiełka leży w północnych Węgrzech na pograniczu Węgier i Galicyi, dwie mile od miasta Bardyjowa i znaną była od dawna ze zdroju mineralnego zwanego zdrojem „Ludwika.“ Woda ta niejednokrotnie zwracała uwagę lekarzy i chemików, lubo dotychczas zdrój ten nie cieszy się takiém uznaniem, na jakie zasługuje. Przyczyną tego zdaje się być ta okoliczność, iż Czegiełka oddaloną jest od głównych dróg komunikacyjnych, oraz iż od roku 1880 (z wyjątkiem niewyczerpujących analiz Kovaca i Aleksandrowicza) nie była poddaną dokładnéj analizie chemicznéj tak, iż tylko z pomyślnych skutków wywołanych użyciem téj wody było można wnosić o jéj własnościach, co jednak dla lekarza nie może być wystarczającém. W roku zeszłym podjął się kol. Trochanowski z własnéj inicyjatywy rozbioru wody z Czegiełki, a gdy właściciel zdroju Ludwika dowiedział się o tym zamiarze, mimo analizy w roku 1881 dokonanéj przez Dra Rička prosił o dokonanie ile możności ścisłego rozbioru. Zdrój „Ludwika“ położony w dolinie otoczonéj górami ujęty jest w cembrzynę kamienną, głębokość studni licząc od powierzchni wody aż do dna wynosi 14 sążni, szerokość zaś cembrzyny 80—90 cm. Ilość przypływu wody na dobę wynosi mniéj więcéj do 10.000 litrów, roczna zaś rozsełka wody nalewanéj do flaszek niebieskich dochodzi 40—50.000. Napełnianie i korkowanie odbywa się według najnowszéj metody. Woda rozsyłana we flaszkach nie wydziela znacznego osadu, z powodu małéj ilości dwuwęglanu żelazawego. Rozbiór ilościowy dał następujące wypadki. Węglany obliczono na dwuwęglany. Wypadki rozbioru obliczono na 1.000 gr. wody.

Chlorku potasu KCl	0·47201	grm.
„ litu $LiCl$	0·01709	„
„ sodu $NaCl$	3·38211	„
Jodku sodu NaJ	0·01496	„
Siarkanu sodowego Na_2SO_4	0·08521	„
Boranu sodowego BO_2Na	0·18329	„
Fosforanu glinowego $P_2O_8Al_2$	0·00212	„
Dwuwęglanu manganu $H_2Mn(CO_3)_2$	0·00116	„
„ żelazawego $H_2Fe(CO_3)_2$	0·02131	„
„ strontowego $H_2Sr(CO_3)_2$	0·00044	„
„ barowego $H_2Ba(CO_3)_2$	ślady	
„ wapniowego $H_2C_4(CO_3)_2$	0·55586	„
„ magnowego $H_2Mg(CO_3)_2$	0·36905	„
„ sodowego $HNaCO_3$	12·96262	„
Kwasu krzemowego SiO_2	0·02931	„
Bezwodnika węgl. istotnie wolnego	2.36746	„
Razem składników stałych	20·46450	„
Odtrącając bezwodnik węglowy istotnie wolny w ilości	2·36746	„
Pozostaje składników stałych	18·09704.	

Rozbiór chemiczny wykazuje, że zdrój Ludwika należy do najsilniejszych szczaw słonoalkalicznych zawierających jod; pod względem ilości dwuwęglanu sodowego przewyższa wszystkie krajowe i zagraniczne zdroje alkaliczne.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. Riedmüller nadmienił, że śp. prof. Skobel w r. 1862 wydał broszurę o wodzie z Czegiełki na podstawie rozbioru śp. Aleksandrowicza. Kol. Olszewski zwrócił uwagę na wypadki rozbioru chemicznego, zwłaszcza na obecność strontu, baru, litu, jakkolwiek zwłaszcza dwa ostatnie w nader małéj ilości się znajdują. Przewodniczący podał, że przed Kovacem i Aleksandrowiczem w r. 1856 Dr. Jacz trudnił się rozbiorem chemicznym wocy z Czegiełki i w 16 uncyjach wody miał znaleść 300 ziarn części stałych. Wprawdzie późniejsze rozbiory nie potwierdziły tego podania, w każdym razie tak podług rozbioru Kovaca i Aleksandrowicza, jakotéż podług rozbioru kol. Trochanowskiego co do głównych składników nie wiele się od nich różniącego, woda z Czegiełki należy do najsilniejszzch ze znanych dotychczas szczaw słono-alkalicznych jod i lit zawierających, a najpodobniejsza jest do wody z Luchaczowic.

Dr. W. A. Gluziński.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Na posiedzeniu z dnia 28 lutego r. b. Towarzystwa medycyny publicznéj w Paryżu Méguin przedstawił pudełko z preparatami po części drobnowidowemi z resztek owadów znalezionych na zwłokach lub w zwłokach, które badał jako znawca celem rozpoznania prawdopodobnego czasu śmierci. Jestto nowe i zasługujące na uwagę zastosowanie entomologii do medycyny sądowéj. Mógł on istotnie w tych okolicznościach opierając się na badaniu resztek, jakie owady zwłoki niszczące zawsze pozostawiają, gdy zwłoki nie są szczelnie zamknięte, oka-

zać, sądząc po przyrodzie i trwaniu przemian u owadów zebranych w takich razach, że śmierć nastała mniéj więcéj przed 2 laty, potrzeba bowiem, aby 2 pory ciepłe minęły po sobie, iżby owady te mogły zwłoki do tego stanu zasuszenia doprowadzić, jakie przedstawiały. Owady, o których mowa, należały do dwuskrzydłych *Sarcophaga laticrus* (Rob. D.) *Lucinia cadaverina* (L) do rodzaju *Tyraglyphus longior*, *Dermestes cardanius*, *Anthrenus muscorum*. (*Rev. d'hyg.*, 1883, Nr. 3).

○ Przez uregulowane obowiązkowę szczepienie powtórne udało się według źródeł urzędowych w wojsku niemieckiém ospę prawie zupełnie stłumić, gdy w innych armijach, zwłaszcza we francuskiéj, gdzie nie ma uregulowanego szczepienia powtórnego zmiera corocznie znaczna liczba żołnierzy z ospy. W wojsku pruskiém jeszcze w r. 1867 zachorowało 188 żołnierzy na ospę a z tych zmarło 2; w r. 1868 i 1869 zachorowało tylko 3 względnie 5 żołnierzy, a umarło po jednym. Pod wpływem epidemii w r. 1870 umarło ogółem 76 żołnierzy, a w 1871 nawet 288, gdy z pośród francuskich jeńców zachorowało 7000 a zmarło 1216. W latach od 1873—1880 zaszczepiono powtórnie wszystkich żołnierzy i oficerów a mianowicie 63% ze skutkiem, 17% bez skutku. W ciągu epidemij wśród ludności wojsko nie ulegało tymże. (*Gesundheit*, 1883, VIII, 9).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 31,6. Z płonicy umarło 3 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach płonicy, 4 duru brzusznego. W tygodniu od 13 do 19 maja umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się 77, świeżo zapadło 10. W Bombaju umarło 49, w Orleanie 45, w Paryżu 19, w Roterdamie 11, w Aleksandryi 9, w Petersburgu 7, w Maladze 5, w Baltimore 4, w Pradze, Lizbonie, Madrycie i Walencyi po 3, w Brukseli i Warszawie po 2. Odra panuje w Pradze, Genewie, Paryżu, Londynie, Glasgowie, Liwerpolu i Rzymie; w Madrycie złagodniała. Dur brzuszny pojawia się dosyć często w Budapeszcie, Paryżu, Petersburgu i Aleksandryi. Z tyfusu osutkowego umarło w Londynie, Warszawie i Saragosie po 1, w Budapeszcie, Petersburgu i Odesie po 2, w Walencyi i Murcyi po 3, w Madrycie i Maladze po 4.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,8; w Warszawie 34,3; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 35,5; w Budapeszcie 39,5; w Pradze 46,6; w Berlinie 28,4; w Wrocławiu 36,4; w Gdańsku 19,5; w Kolonii 29,7; w Mnichowie 38,9; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 21,4; w Bazylei 24,6; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 24,8; w Hadze 24,8; w Paryżu 28,0; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 25,1; w Chrystyjanii 12,8; w Petersburgu 40,8; w Odesie 28,7; w Rzymie 35,7; w Wenecyi 27.2; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 42,5; w Lizbonie 28,7; w Aleksandryi 40,5; w Filadelfii 23,2; w Bombayu 30,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 czerwca. Sprawa budowy kliniki i zakładu patologicznego zwolna wprawdzie, jednak posuwa się naprzód. Dzięki energii i pilności p. inżynijera Sarégo czynności wstępne są ukończone; wygotowane bowiem zostały szkice wszystkich zakładów razem z objaśnieniem i kosztorysem; zostały one przyjęte już przez Komisyję wydziałową a niebawem zapewne będą przyjęte i przez Wydział, poczém odejdą do Namiestnictwa, które zapewne poprze żądanie Wydziału, aby już w przyszłorocznym budżecie sumę około 100.000 złа. jako pierwszą ratę umieszczono.

* W Luhaczowicach w d. 27 maja było gości kąpielowych 48, w Cieplicach czeskich do d. 30 maja 1711.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Klausenburg.** Dr. Arpad Bókai (syn pedyjatry peszteńskiego) mianowany został zwyczajnym prof. farmakologii i patologii ogólnéj.

* **Nekrologija.** W Warszawie umarł Dr. Romuald Chełmiński, lekarz szpitala Dzieciątka Jezus. (*Gaz. Lek.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Neugebauera: Przypadek nieuleczalnéj przetoki pęcherzo-pochwowéj; Szumana: Wstrzykiwanie roztworu soli kuchennéj przy ostréj niedokrwistości; Rejchmana: Niestrawność nerwowa (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 22: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. V. DROZDA (docent pryw. we Wiedniu): O podmínkách vzniku šelestu zoučivých na srdci. (Osobne odbicie z „Časop. lek. česk. 1883) in 8vo str. 17.

Dr. Stan. JANA: Zdroje siarczane w Lubieniu. Rok 1883, Lwów 1883, in 8vo str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.